

SECRETARIA DA SAÚDE DO ESTADO DE PERNAMBUCO
FUNDAÇÃO DE SAÚDE AMAURY DE MEDEIROS
NÚCLEO DE ESTUDOS EM SAÚDE COLETIVA
IV DIRETORIA REGIONAL DE SAÚDE / CARUARU - PE
I CURSO DE ESPECIALIZAÇÃO EM PLANEJAMENTO
E GESTÃO DE RECURSOS HUMANOS EM SAÚDE

PLANEJAMENTO E GESTÃO DE RECURSOS HUMANOS EM SAÚDE
ENFOQUE ESTRATÉGICO - SITUACIONAL

ALUNAS-GERENTE: ADILZA MARIA BEZERRA

ANDRÉA DAMASCENO DE OLIVEIRA

ANA MARIA SÁ BARRETO MACIEL

HELOÍSA MARIA SOARES SAMPAIO

CONSULTA

ÍNDICE

1. Apresentação	01
2. Introdução	02
3. Fundamentação	
3.1. Evolução das Políticas de Saúde no Brasil	03
3.2. O Processo de Trabalho e a Organização da Atenção à Saúde ..	08
3.3. A gestão de Recursos Humanos	12
3.4. Desenvolvimento de Recursos Humanos	14
3.5. Evolução da Rede Básica de Saúde no Município de Caruaru ...	16
3.6. Situação Atual da IV Diretoria Regional de Saúde	19
4. Desenvolvimento do Planejamento Estratégico-Situacional	20
5. Conclusão	53
6. Bibliografia	55

APRESENTAÇÃO

Trabalho apresentado à Secretaria de Saúde do Estado de Pernambuco, Fundação de Saúde Amaury de Medeiros, Núcleo de Estudos em Saúde Coletiva da Fundação Instituto Osvaldo Cruz, com o objetivo de concluir o I Curso de Especialização em Gestão e Planejamento de Recursos Humanos em Saúde.

INTRODUÇÃO

O trabalho em questão tem por finalidade apresentar o planejamento estratégico-situacional na área de gestão de recursos humanos, abrangendo a IV Diretoria Regional de Saúde. O trabalho foi desenvolvido pelo núcleo de Recursos Humanos da referida Diretoria, tomando-se como ponto de partida o contexto histórico e atual do município de Caruaru, maior município dentro da área de abrangência da IV DIRES, onde se localiza a sua sede e os dois maiores hospitais regionais.

Para melhor demonstração do trabalho, distribui-se a evolução do conteúdo programático da seguinte forma: Evolução das Políticas Públicas de Saúde; o Processo de Trabalho e a Organização da Atenção à Saúde; Gestão e Desenvolvimento de Recursos Humanos no SUS; Evolução da Rede Básica do Município de Caruaru e finalmente, o detalhamento das etapas percorridas para a realização do trabalho de campo desenvolvido pela equipe da Regional como atividade integrante do I CURSO DE ESPECIALIZAÇÃO EM PLANEJAMENTO E GESTÃO DE RECURSOS HUMANOS EM SAÚDE.

FUNDAMENTAÇÃO

3.1. EVOLUÇÃO DAS POLÍTICAS PÚBLICAS DE SAÚDE NO BRASIL

A Primeira República expressa a organização e implementação progressiva de instituições públicas de higiene e saúde no Brasil, período de criação das "Campanhas Sanitárias", combatendo as epidemias urbanas e posteriormente as endemias rurais. Estruturou, ainda, um discurso dominante na política de saúde em conjunto com as políticas de urbanização e de habitação. Sugere um poder baseado num modelo de saúde campanhista, concentrador das decisões, em geral tecnocráticas, adotando um estilo repressivo de intervenção médica nos corpos individual e social. Configurando, desta forma, um perfil autoritário que ainda hoje caracteriza, em grande parte, o conjunto das instituições de saúde públicas no Brasil.

No período dos anos 30 aos anos 50 foram criados os institutos de seguridade social, organizados por categorias profissionais. É nesse período que desponta a ascendência e hegemonia do Estado populista (governo de Getúlio Vargas). A implantação dos programas e serviços de auxílio e de atenção médica sofreram influência de práticas clientelistas, que se ancoravam também nos sindicatos de trabalhadores, que ajudavam a criar normas administrativas e políticas de pessoal adequadas a estratégias de cooptação das elites sindicais "Simpatizantes" e de exclusão dos

discordantes, alçando aquelas a direção das instituições e à gestão dos programas governamentais.

Pode se observar que essa época é caracterizada pelo centralismo, verticalismo e autoritarismo corporativo, do lado da saúde pública; e clientelismo, populismo, paternalismo, do lado de instituições de previdência social, incluindo as de atenção médica.

O período de desenvolvimento (anos 50 e 60) ficou marcado pela tentativa de implantar um projeto nacional de desenvolvimento econômico moderno, integrado à ordem capitalista industrial. Instala-se na gestão dos Institutos de Previdência uma tecnoburocracia médica, formada no exterior em administração de serviços de saúde, em oposição a tecnocracia sanitária, de tendência nacionalista e desenvolvimentista, predominante nos órgãos de saúde pública. Tudo isso gerou nas elites progressistas, reivindicações de reformas de base imediatas, entre as quais uma reforma sanitária consistente. Todavia, a reação política das forças sociais conservadoras levou ao golpe militar de 1964.

O "milagre" estabelecido no Brasil no período do Estado militar é marcado por uma centralização e uma concentração do poder institucional, aliando o campanhismo e curativismo numa estratégia de medicalização social sem precedentes na história do país. A política de saúde visava a produtividade e favorecimento das categorias especializadas, passando a saúde a ser vista como um bem de consumo. A lógica de lucro na saúde, passou a existir devido a um sistema de atenção médica de massa (crescimento empresarial de serviços médicos). Houve, também, um crescimento das entidades de ensino médico, todavia desvinculadas da realidade sanitária da população.

A consolidação de uma relação autoritária, mercantilizada e tecnicizada entre médico e paciente, e entre serviços de saúde e população, ocasionou insatisfação popular em relação a "política de saúde da ditadura", perceptível no fim do "milagre".

partidos políticos iniciaram uma fase de agitação, centrada na questão da saúde e da política de saúde; onde os movimentos sociais comunitários, denunciavam às autoridades e à sociedade civil, a situação caótica da política de saúde pública e dos serviços previdenciários de atenção médica, e exigindo soluções para os problemas criados pelo modelo de saúde do regime autoritário.

A partir do ano de 1983 a sociedade civil e o Congresso Nacional repensa a situação da saúde, percebendo-a como um direito do cidadão e um dever do Estado. O período da Nova República está vinculada a uma ordem social democrática, constituída a partir das discussões da VIII Conferência Nacional de Saúde (Brasília, 1986) e a instalação da Assembléia Nacional Constituinte, ocorrendo o início da reforma sanitária no país.

A evolução do movimento de reforma sanitária com a reformulação do Sistema de saúde é iniciado pelas AIS (Ações Integradas de Saúde), posteriormente implantou-se o SUDS (Sistema Unificado e Descentralizado de Saúde) e por fim o SUS (Sistema Único de Saúde).

O processo de redemocratização do país e de fortalecimento da sociedade civil ocorrido nos anos 80 integra a questão da saúde a um movimento da sociedade civil em luta por: direitos sociais; equidade e justiça na implementação de políticas públicas; recuperação do princípio federativo e melhoria da qualidade do serviço público. Retoma-se, assim, a luta por uma reforma sanitária, iniciada na década de 70, cujo sentido político é traduzido pelo lema: "Saúde direito de todos e dever do Estado". (TEIXEIRA - 1989)

A Reforma, segundo Teixeira, teria três direcionamentos básicos: a politização da saúde; a alteração da norma legal necessária à criação de um sistema único de saúde; e a mudança do arcabouço de práticas institucionais norteada pelos princípios democráticos. Como fins estratégicos destacam-se: unidade

serviços; integralidade da atenção à saúde; descentralização das ações de saúde; redefinição das relações entre os setores prestadores de serviço e participação comunitária.

A VIII Conferência Nacional de Saúde, realizada em 1986, foi um marco de politização do setor. Encaminhou-se propostas consensuais que pudessem subsidiar a Constituinte e mobilizar a sociedade em torno de uma nova política de saúde, ou seja, a uma reestruturação do Sistema Nacional de Saúde.

Do ponto de vista organizacional, aprofunda-se a política das AIS (Ações Integradas de Saúde) através da criação, em 1987, do SUDS (Sistema Unificado Descentralizado de Saúde). A implantação do SUDS é feita por convênios, que assumem perfis variados devido à composição e articulação política dos Estados. Nessa nova estrutura, a responsabilidade pela prestação de serviços passa a ser dos Estados e Municípios e o planejamento é descentralizado, promovendo maior resolutividade, regionalização, hierarquização e integralidade das ações.

No que concerne ao arcabouço jurídico, o SUS consolida-se durante o processo constituinte sendo garantido pela Constituição Brasileira, em seus artigos 196 a 200, a universalidade, a integralidade e a descentralização dos serviços de saúde com participação da comunidade.

A Lei 8.080, de 19 de setembro de 1990, regulamenta o SUS e transfere aos municípios a gestão dos Sistemas Municipais de Saúde. As instâncias federais e estaduais delegam aos municípios o poder e a responsabilidade pelo "planejamento, organização, execução, avaliação e controle dos serviços de saúde públicos ou privados, conveniados e contratados".

O SUS constitui-se, assim, não só num conjunto de idéias, princípios e conceitos instituídos pela Constituição, mas também uma mudança das práticas sanitárias. Significa uma nova concepção

mais justo, baseado nos princípios de universalidade, integralidade e equidade.

A Lei Orgânica de Saúde (8.080/90) consolida o Distrito Sanitário como um espaço estratégico de gestão e avaliação das políticas de saúde ao nível local. Segundo Silva Jr., os Distritos Sanitários são definidos como um "modelo determinado geograficamente, de composição institucional, plural e com algum grau de autonomia decisória, onde se desenvolverá o conjunto de ações básicas de saúde com um determinado espaço-população".

Para que a reformulação não se restrinja a uma reforma puramente administrativa, faz-se necessária uma mudança gerativa que permita a implantação de um sistema integral, equânime e universal de atenção à saúde.

Este é o grande desafio e implica: uma luta política, na medida em que se pretende transformar o sistema de saúde; uma luta ideológica, já que prevê a mudança de paradigma; e a transformação tecnológica, com a substituição do referencial de conhecimento, métodos e técnicas.

3.2. O PROCESSO DE TRABALHO E A ORGANIZAÇÃO DA ATENÇÃO À SAÚDE

A sociedade e sua dinâmica é construída pelo trabalho, sendo este o dado social central que promove uma "reação metabólica com a natureza", resultando em condições suficientes para a sobrevivência física do homem.

O trabalho como dado central da formação da sociedade surge como aspecto de reflexão na determinação da estrutura e do desenvolvimento social.

Já a situação do trabalhador é compreendida como variável dependente, principalmente de políticas estatais de humanização de trabalho e no campo social em geral, e menos de estratégias empresariais de autonomização e racionalização. A categoria do trabalhador possui sentido genérico em todos os seus respectivos campos de atuação, contribuem na determinação da estruturação e desenvolvimento social.

As organizações de serviços profissionais são explicadas a partir de uma fundamentação teórica sobre o funcionamento e a estruturação das organizações. O primeiro é explicado através de metáforas (segundo Morgan) e configurações (segundo Mintzber). Já a estruturação, remete a divisão e coordenação do trabalho, através de um ajustamento mútuo; utilizando a comunicação informal, supervisão direta, padronização dos processos, dos resultados, das qualificações ou das normas de comportamento. Associa-se também a parâmetros básicos, interações que possibilitam a padronização das

qualificações.

A Instituição Saúde é um ambiente complexo, detentor de um sistema burocratizante, centralizador, onde as estratégias administrativas dificultam a produção de serviços de bom nível. Esse perfil é ainda mais conflituoso, devido a ausência de uma autonomia gerencial que viabilize o enquadramento dos serviços com as manifestações dos usuários. Em paralelo, os sistemas educacionais não evoluíram nos estudos sobre saúde, não demarcando o mercado de trabalho nessa área. Existe também a dificuldade de mensurar os serviços na saúde, pois estes possuem natureza múltiplas, que exigem intervenções e causas variadas, relatividade na eficácia das atuações; envolvendo, principalmente, dimensões éticas e morais que precisam, constantemente de avaliações (científicas, sociais...) - p. ex.: a eutanásia. Esse contexto ainda é mais complexo por envolver uma grande quantidade de atores e interesses múltiplos nos aspectos sociais e econômicos, fazendo com que o setor saúde seja uma área de grandes conflitos a serem administrados.

As organizações de serviços públicos sofrem influência direta do ambiente sócio-político, vinculando-se a autoridades externas. Incluindo outras dimensões, além das técnicas, podendo, potencialmente, tornar-se contraditória aos objetivos fundamentais. Estas são mais vulneráveis a interferências políticas, possibilitando a centralização das decisões numa ótica de interesses, que não são aqueles necessários ao sistema.

Dentre outras evidências, as organizações públicas têm a obrigação de prestar serviços, não podendo selecionar clientela, os problemas a atender, nem os serviços a produzir; fatos que não acontecem na organização privada. Desta forma as públicas não são submetidas as regras do mercado e podem sobreviver mesmo quando não são eficientes.

Os trabalhadores de saúde são designados de três formas: 1-

da área, podendo ou não estarem trabalhando na saúde; 2- Pessoal de Saúde, é um termo utilizado para o conjunto de trabalhadores que tem formação ou capacitação específica, prática ou acadêmica, trabalhando exclusivamente nos serviços ou atividades de saúde; 3- Trabalhadores de Saúde, são todos aqueles que se inserem direta ou indiretamente na prestação de serviços de saúde, no interior dos estabelecimentos de saúde ou em atividades de saúde, podendo deter ou não formação específica para o desempenho de funções atinentes ao setor.

Os elementos a serem considerados nas organizações que produzem serviços de saúde são: 1º- Aqueles que realizam as atividades = os operadores (organizações profissionais); 2º- Os responsáveis pela direção institucional = os dirigentes (têm sua atuação voltadas par mobilização dos recursos e das condições mais adequadas possíveis para o funcionamento da Organização). Desta forma todo controle do processo produtivo depende dos diversos profissionais que operam os serviços, sob a ótica da ciência administrativa, influenciada pela economia política. Onde a produção destes serviços atendem a necessidades multidimensionais e são difíceis de avaliar.

Enfatiza-se na avaliação dos serviços, as necessidades objetivas e específicas dos usuários na utilização das práticas cotidianas dos profissionais de saúde, no que diz respeito as decisões de diagnóstico, tratamento e avaliações de prognóstico.

Em resumo a tríade de elementos essenciais que produzem ações em saúde são: os usuários, os profissionais e os gestores. Embora exista ainda uma série de outros interessados que, direta ou indiretamente, se fazem presentes no processo de produção-consumo de serviços de saúde.

As referências básicas da gerência na Saúde em nosso País são: • A gravidade da crise de inoperância dos serviços de saúde ante o volume e as exigências de qualidade das demandas sociais; • a

- O crescimento da demanda por capacidade gerencial.

Sabendo-se dessas referências é necessário a adoção de novos conceitos e novas práticas de gestão, destacando-se os pontos que se referem à organização do trabalho. Onde os requerimentos básicos de uma nova concepção gerencial são: 1- Reconhecimento do papel central dos profissionais na vida da organização, o que implica no plano institucional, a prática da administração participativa e, no âmbito do processo de trabalho, a abertura de espaços para a criatividade e a iniciativa do próprio trabalhador, substituindo o controle de desempenho de atividades programadas por outrem, pela responsabilização para com os objetivos e as práticas institucionais.

O processo de trabalho é compreendido como um processo de transformação de um objeto determinado (natural ou já trabalhado) em um dado produto, efetuado por uma atividade humana específica, utilizando instrumentos de trabalho determinados.

O segundo requerimento básico seria a efetivação de mecanismos regulatórios da autonomia e do corporativismo dos profissionais.

— Numa perspectiva de "equidade e igualdade", o Sistema Único de Saúde necessita que a gestão das organizações públicas de saúde adotem uma filosofia democrática, consensual, com colegiado, reconhecendo o papel central dos profissionais; evitando os efeitos não desejados da autonomia de práticas profissionais e do corporativismo. Definindo mecanismo de tomadas de decisões com parâmetros avaliativos dos resultados a serem alcançados. Isto implica num desafio de responsabilizar os prestadores pela criação de um ambiente propício ao trabalho multiprofissional, integrando a participação dos usuários no processo de produção de serviços; implantando uma ética moral que gere nos trabalhadores uma compreensão de que eles são "servidores" da comunidade.

3.3. A GESTÃO DE RECURSOS HUMANOS NO SUS

As instituições que prestam serviços de saúde são organizações profissionais que convivem com a presença de variados e divergentes interesses no campo da oferta e consumo, constituindo-se em serviço difícil de avaliar.

Analisando as dificuldades que o SUS enfrenta e conhecendo as diversas questões que implicam mau funcionamento dos Serviços de Saúde, há consenso quanto à necessidade de superar as limitações dos processos gerenciais de Recursos Humanos, tradicionalmente adotados pelas instituições e partir para elaboração de propostas direcionadas a inovação das práticas de administração de pessoal.

Diante dessas organizações complexas que trabalham envolvidas por inúmeros interesses e crescente divisão de processo de trabalho, que se expressa em desumanização, risco no atendimento, alienação do trabalhador ou desperdício para os serviços, é imprescindível que a política de pessoal contemple temas como a motivação, a participação, a relação entre mercados de trabalho privados e público, o desenvolvimento planejado e contínuo dos recursos humanos.

Os recursos humanos do SUS formam um heterogêneo conjunto de trabalhadores com diferentes regimes jurídicos e distintas culturas institucionais, criando na Administração de Pessoal a necessidade de se manter constante a negociação para minimizar ou equacionar situações que envolvem a vida do trabalho de milhares de pessoas.

Nessa conjuntura surge três estratégias de gestão

direcionadas para a responsabilização no trabalho, incentivos a produtividade e processo permanente de negociação coletiva do trabalho, contribuindo para uma gestão participativa dos serviços de saúde.

As reformas desejadas para o setor saúde passa pela compreensão da avaliação do processo de gestão a partir dos resultados, considerando a autonomia gerencial como forma do trabalhador, ser visto como ente criativo no ambiente de trabalho, participando das decisões e contribuindo para melhora do serviço prestado ao usuário. O gerente, na Administração participativa, assume o papel de líder capaz de mobilizar a equipe de trabalho, para atingir os objetivos da instituição. Dessa forma, a gestão dos recursos humanos da instituição não é tarefa exclusiva dos órgão de recursos humanos, mas sim de todos os dirigentes comprometidos com a qualidade dos serviços prestados. A grande dificuldade em prosseguir a proposta de mobilização de equipes de trabalho resume-se no descompromisso justificado por baixos salários, ausências de recursos e precárias condições de trabalho e que não deve-se constituir na única relação possível dos funcionários com a instituição e usuários.

O trabalhador de saúde precisa assumir a condição de cidadania, com cobrança dos direitos de cidadão e cumprimento da obrigação de prestar serviços de qualidade e respeitar o direito do usuário no acesso aos serviços de saúde.

3.4. DESENVOLVIMENTO DE RECURSOS HUMANOS

O desenvolvimento de Recursos Humanos em saúde embora consensualmente reconhecido como fator importante e explicativo da insuficiência dos serviços de saúde, está a requerer, por parte das instituições públicas de saúde a efetiva demonstração de maiores e melhores investimentos.

Em épocas de racionalização dos recursos, globalização da economia, flexibilização da gestão, preparar e desenvolver as potencialidades humanas se coloca como um desafio prioritário a qualquer processo gerencial competente.

É de fundamental importância a capacitação de pessoal para se melhorar os padrões de assistência no serviço público, aliado a esta o incentivo a carreira e as possibilidades do servidor crescer como pessoa dentro do seu ambiente de trabalho fará com o serviço público tenha uma melhor qualidade.

A Formação de Recursos Humanos para o setor saúde requer habilidade dos gestores, porque ele é determinada pelo objeto saúde, o governo valoriza a doença, pensando por esta ótica fica difícil que os gestores valorizem o desenvolvimento de recursos humanos como uma questão primordial em saúde e ir até o resgate da cidadania.

A Formação de Área de Saúde, restrita aos cursos isolados recebe, os primeiros projetos de organização nacional quando se pretendeu, através da ação do Estado estabelecer estratégias de dominação e de controle médico do conjunto da sociedade. A formação

de profissionais se constitui, portanto, a formação do médico e, como apêndices os outros cursos. O cursos de parteiras, restrito as mulheres tinha requisito de entrada que ultrapassava os de escolaridade e de idade, o atestado de bom costume, se firmava um dos requisitos para a admissão do pessoal na área de saúde.

Todas estas questões explicam a situação atual dos RH na área de saúde, a valorização cada vez mais do profissional médico, já que se firmou uma classe de trabalhadores privilegiada devido às associações, órgãos de classe, profissionais saem da universidade mal preparados para atuar no Sistema Único de Saúde, aliado a isto a inexistência de educação permanente no serviço público, se tornando um grande problema para a área de desenvolvimento de Recursos Humanos.

O pessoal de nível médio vem se tornando ao longo do tempo, despreparado para atuar na assistência, isto é explicado pela ineficácia dos treinamentos, pela falta de integração existente entre a área de desenvolvimento e a área de formação, fazendo com os servidores que desempenham as funções mais distintas, incluindo atividades que envolvam riscos tenham práticas falhas.

A visão produtivista da educação se concebe sobretudo como preparação dos indivíduos para se inserir da melhor forma possível na divisão social do trabalho, ela não despreza outros propósitos do processo educacional, mas enfatiza o que é chamado pelos economistas de acumulação de capital humano. Cada indivíduo é encarado como tendo capacidade produtiva potencial, cujo desenvolvimento exige esforço tanto do próprio como de seus instrutores e familiares. Este esforço se traduz num custo, que pode ser formulado em termos pecuniários e representa o valor do capital humano de que dispõe cada indivíduo.

Educar seria primordialmente isso, instruir e desenvolver faculdades que habilitem o educando a integrar o mercado de trabalho

3.5. EVOLUÇÃO DA REDE BÁSICA DE SAÚDE NO MUNICÍPIO DE CARUARU

A assistência à saúde no município de Caruaru tem sua origem em 1953, quando se iniciou um esboço de um modelo de atendimento em saúde com a criação do Serviço de Assistência Médico-Dentária, através da Lei Municipal 211. Em 1955 foi criada a Diretoria de Saúde e Assistência Social e que mais tarde viria transformar-se em Secretaria Municipal de Saúde.

Conjuntamente ao crescimento desse sistema de saúde, que adotou uma política de caráter assistencialista cujas ações tinham cunho eleitoreiro e clientelista, verificou-se a consolidação do modelo médico-assistencial privatista, proporcionando o crescimento e o fortalecimento do setor privado, principalmente o hospitalar, que seja através da compra de serviços privados como alternativa à deficiência do setor público

Nos anos 70, houve uma tentativa de aumentar os cuidados com a atenção primária, com a finalidade de desenvolver um modelo médico de baixo custo, que fosse capaz de fornecer alguma resposta à população não previdenciária. Em 1976, Caruaru foi uma das cidades escolhidas para implantar o Programa de Interiorização das Ações de Saúde e Saneamento do Nordeste (PIASS). Foram, então, construídas unidades de saúde rurais, que em relação ao sistema de saúde, quase nada representavam, não havendo melhoria nas ações oferecidas no quadro sanitário local.

Em meados dos anos 80 houve a incorporação da rede básica

estadual pelo município. Unidades foram recuperadas, injetou-se recursos humanos em toda a rede, o que favoreceu um acréscimo na oferta de ações básicas de saúde. No início de 1986, Caruaru assinou o convênio com as AIS. No final de 1987, foi assinado o Termo de Adesão ao convênio SUDS. Ao final dos anos 80, com a promulgação da Constituição, ficou estabelecida o SUS.

Nos anos 93 e 94, Caruaru encontrava-se em processo de municipalização - gestão incipiente. Em meados de 1993 foi criado o Programa de Agentes Comunitários de Saúde (PACS), sendo distribuídos em áreas urbanas e rurais.

Uma conquista importante foi a realização em janeiro/91, da Pré-Conferência Municipal de Saúde, com significativa participação popular e onde foi discutida a formação do Conselho Municipal de Saúde (C.M.S.).

O Fundo Municipal de Saúde (F.M.S.) foi instituído em 20 de setembro de 1991 e só passou a funcionar em meados de 1994 com a nomeação da Comissão Permanente de Licitação (CPL). Foi criado para oferecer condições financeiras e de gerência dos recursos destinados ao desenvolvimento das ações de saúde de forma clara e eficiente.

Objetivando promover uma reflexão sobre a situação de saúde no município e sobre os obstáculos e avanços no SUS foi realizada a II Conferência Municipal de Saúde (maio/96), que também tinha como finalidade propor diretrizes para efetiva construção de um modelo de atenção à saúde voltado para qualidade de vida.

Atualmente a rede de saúde de Caruaru é constituída por: 04 centros, 05 postos de saúde na área urbana; 20 postos de saúde na área rural; 01 centro de saúde de referência para tuberculose e hanseníase; 01 laboratório de citologia oncótica; 01 laboratório de fitoterapia e 01 centro de referência para colposcopia, sendo toda essa rede de atenção primária administrada pela Secretaria Municipal de Saúde; 01 Hospital Geral e 01 Hospital Materno-Infantil,

assim distribuída: Clínica de Psiquiatria, Pronto-Socorro Infantil, 03 Laboratórios de Patologia Clínica, 01 Clínica de Radiologia e 01 Clínica de Traumatologia. A rede privada é composta por 03 Casas de Saúde e 01 Clínica Cardiológica. O município conta ainda com a rede previdenciária (ambulatorios do IPSEP, uma rede filantrópica (com 02 ambulatorios) e ainda 03 Sindicatos (Empregados do Comércio, Trabalhadores da Construção Civil e Trabalhadores Rurais).

O quadro abaixo demonstra o oferta de leitos hospitalares no Município de Caruaru. Constata-se que a rede pública participa com 48% dos leitos e a rede privada com 52%, ressaltando-se a insuficiência na oferta de leitos para a população usuária dos serviços públicos. Destaca-se ainda a inexistência de leitos psiquiátricos na rede pública.

OFERTA DE LEITOS HOSPITALARES EM CARUARU
NO ANO DE 1996 (REDE PÚBLICA E PRIVADA)

UNIDADES HOSPITALARES	NATUREZA DA INSTITUIÇÃO	NÚMERO DE LEITOS
Hospital São Sebastião	Pública	113
Hospital Jesus Nazareno	Pública	146
Clínica Psiquiática de Caruaru	Privada/Contratada	100
P.S. Infantil Menino Jesus	Privada/Contratada	50
C.S. Santa Efigênia	Privada	52
C.S. Bom Jesus	Privada	42
Prontotrauma	Privada/Contratada	21
Prontocárdio	Privada	17
Total		541

3.6. SITUAÇÃO ATUAL DA IV DIRETORIA REGIONAL DE SAÚDE

A IV DIRES tem sob sua jurisdição 32 municípios, sendo sua sede localizada no município de Caruaru, cuja população é de 250.000 habitantes, sendo, portanto, o maior município da Regional em número de habitantes.

Hoje, a situação da DIRES, apresenta-se com um total de 50% de municípios municipalizados, equivalente a 16 municípios (15 enquadrados na gestão incipiente e 01 município na gestão semiplena), encontrando-se 01 município (Caruaru) em tramitação para gestão semiplena; 47% de processos iniciados, correspondendo a 15 municípios, os quais apresentam dificuldades na regularização no que diz respeito ao CMS e FMS e 3% em processo não iniciado (município de Camocim de São Félix).

DESENVOLVIMENTO DO PLANEJAMENTO ESTRATÉGICO-SITUACIONAL

RELATÓRIO DO TRABALHO DE CAMPO REALIZADO NA IV DIRES

A equipe foi formada com representantes da IV DIRES e dos Hospitais São Sebastião e Jesus Nazareno, escolhidos em sua maioria, entre os ocupantes de cargos de chefia e outros atores identificados como relevantes no processo de gerenciamento dos recursos humanos das instituições envolvidas.

Procurou-se dar um caráter bastante heterogêneo ao grupo, principalmente no que se refere a formação profissional e as funções desempenhadas. A diversidade da equipe favoreceu uma ampla abordagem da problemática de recursos humanos nos hospitais e na DIRES; e contribuiu para que o leque de problemas levantados fosse bastante rico e pudesse expressar a percepção e contribuição dos diversos componentes do grupo.

A equipe foi constituída por médicos, psicólogos, enfermeiros, assistentes sociais, farmacêuticos, auxiliares de enfermagem, agentes administrativos, gerentes das seções de pessoal e recursos humanos, diretora do Hospital São Sebastião, diretoria da IV DIRES, representante dos trabalhadores do SUS, representante da Associação de Moradores e demais gerentes das unidades.

Após a formação da equipe de trabalho foi marcada a primeira oficina realizada no auditório do Hospital São Sebastião. A oficina foi planejada em duas etapas: 1º- Apresentação e integração do grupo e 2º- Aplicação da Técnica "Confusão de Idéias".

individualmente, respondiam em tarjetas a pergunta: - Quais os problemas de Recursos Humanos que vêm comprometendo os serviços de saúde? Em seguida houve o agrupamento dos problemas e a construção do Diagrama de Afinidades.

O diagrama de Afinidades ficou assim disposto:

• **Número Insuficiente de Recursos Humanos**

- Poucos servidores para atuar no núcleo de RH
- Insuficiência de pessoal em alguns setores.
- Inexistência de equipe multiprofissional.
- Falta de equipe de apoio administrativo para atuar no núcleo de RH
- Falta de administrador hospitalar

• **Política Inadequada de Recursos Humanos**

- Inexistência de dedicação exclusiva no serviço público.
- Financiamento insuficiente para ações de RH
- Absenteísmo alto.
- Número reduzido de servidores participando de cursos de relações humanas.
- Concentração de recursos financeiros na S.E.S. para atuar em desenvolvimento de RH
- Corporativismo de alguns profissionais.
- Deficiência de capacitação internas e/ou treinamento
- Pessoas treinadas sem aplicabilidade no serviço que desempenha.
- Elevado número de desvios de funções.
- Estabilidade funcional.
- Má distribuição de pessoal.
- Despreparo dos servidores para trabalhar em grupo.
- Inexistência de um setor de Educação Continuada.
- Inexistência de um Sistema de avaliação de impacto dos cursos.
- Seções de desenvolvimento de RH sem atuação.
- Elevado número de funcionários mal informados e mal educados para

- Mal atendimento de alguns médicos.
- Desunião entre alguns servidores.
- Número insuficiente de reuniões entre algumas chefias e servidores.
- Descompromisso de alguns servidores.
- Falta de aptidão de alguns servidores para lidar com o trabalho em saúde.
- Irresponsabilidade de alguns profissionais em relação ao serviço desempenhado.

• **Baixa Resolutividade do Sistema de Administração Pessoal**

- Deficiente sistema de comunicação e informação sobre os direitos e deveres dos servidores.
- Burocracia excessiva.
- Desatualização dos cadastros funcionais.
- SIG-RH ineficiente.
- Desarticulação nos posicionamentos entre os Departamentos de Pessoal das Unidades e nível central.
- Ausência de Informatização nos Departamentos de Pessoal.

• **Desatualização dos Regimentos Internos.**

- Número elevado dos servidores que desconhecem suas atribuições.

• **Critérios Injustos de distribuição de produtividades.**

• **Deficiente Sistema de Divulgação sobre o SUS**

- Desrespeito aos direitos do usuário.
- Deficiente sistema de comunicação entre servidores e usuários.
- Insuficientes mecanismos de controle social que permitam denúncias dos usuários sobre os serviços.

• **Escassez de Recursos Financeiros**

- Baixos salários.
- Espaço físico inadequado para realização de reuniões e cursos.

Após a formulação da Diagrama de Afinidades foi dado prosseguimento aos trabalhos com a montagem do Diagrama de Interrelações, onde foram utilizados os problemas identificados com os mais relevantes dentre aqueles levantados pelos grupo quando da construção do Diagrama de Afinidades.

Em seguida à construção do Diagrama de Interrelações, trabalhou-se na análise dos problemas atribuindo-lhes uma valoração e assim chegar a seleção do problema mais importante.

Ficou, então evidenciado que o problema mais relevante é a **POLÍTICA INADEQUADA DE RECURSOS HUMANOS**, fato este identificado no Diagrama de Interrelações.

DIAGRAMA DE INTERRELAÇÕES

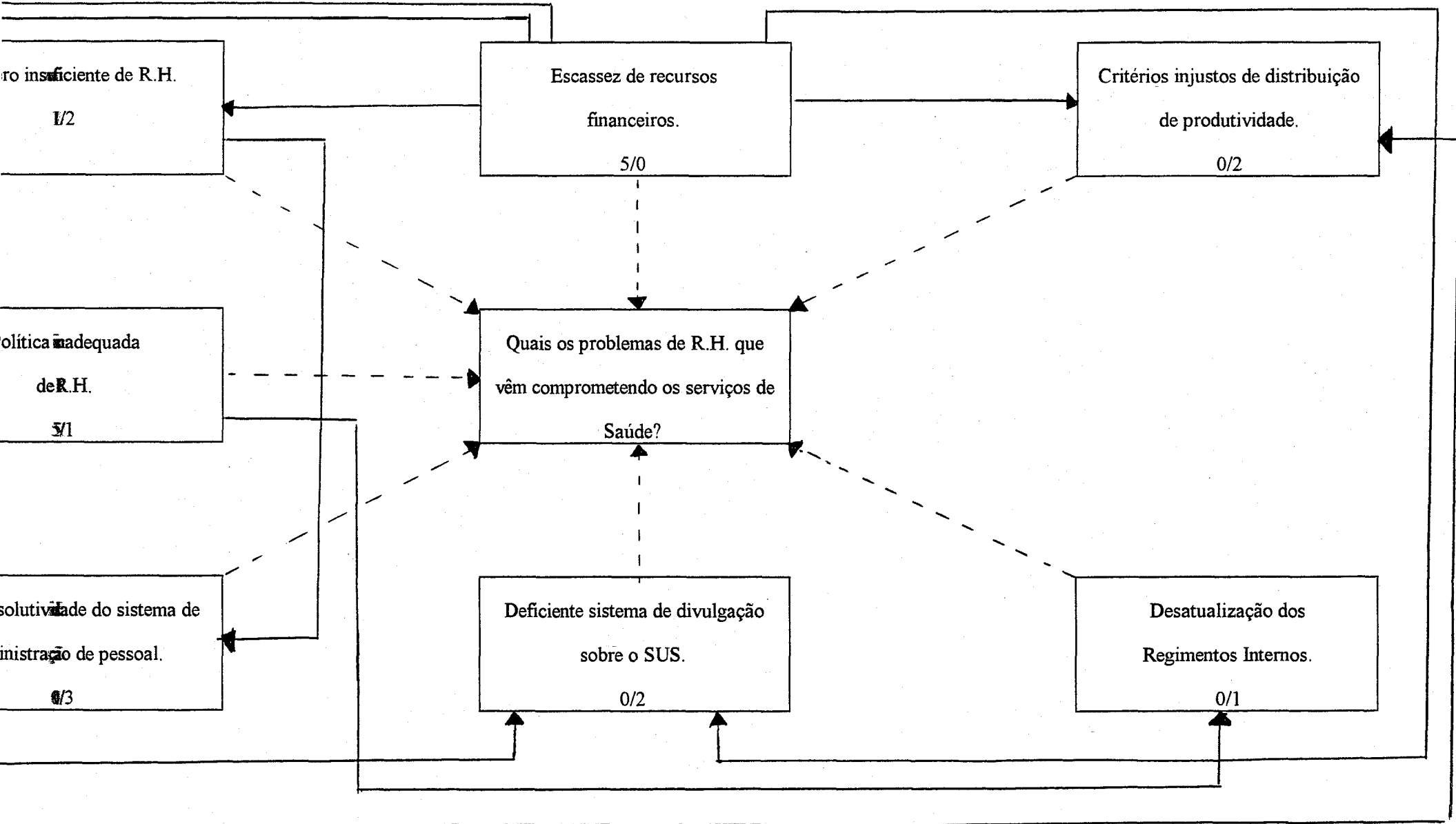


TABELA DE VALORAÇÃO DOS PROBLEMAS

A - Alto M - Médio B - Baixo	Valor		Eficiência Eficácia	Possibilidade de Gerenciamento	Oportunidade Política	Custo Econômico	Custo de Posterg.		Seleção
	Equipe RNH	G Gerentes					Equipe NRH	G Gerentes	
Número insuficiente de R.H.	A	A	A	B	A	A	A	A	7 A 1 B
Política inadequada de R.H.	A	A	A	M	A	A	A	A	7 A 1 M
Baixa Resolutividade do sistema de administração de pessoal.	A	M	A	A	A	B	A	M	5 A 2 M 1 B
Ineficiente sistema de divulgação sobre o SUS.	A	B	M	A	A	M	A	A	5 A 2 M 1 B
Crterios injustos de distribuição de produtividade	A	A	A	B	B	B	A	A	5 A 3 B
Desatualização dos Regimentos internos.	A	A	A	B	M	B	A	A	5 A 2 B 1 M
Falta de escassez de recursos financeiros	A	A	A	B	B	A	A	A	6 A 2 B

álise evidencia que o problema mais importante é a **política inadequada de RH**, confirmando o que já havia sido identificado no diagrama de afinidades.

Em seguida, houve a realização da segunda oficina onde foram iniciados os trabalhos do 3º inter-módulo com o objetivo de estruturar a rede explicativa através dos descritores do macro-problema, que o define e o caracteriza como tal. Para facilitar a construção da rede o grupo foi orientado para trabalhar os descritores a partir das respostas para a seguinte pergunta: "Por que acontece esse problema?".

Os descritores ficaram assim identificados:

- D1 - Má distribuição dos Servidores.
- D2 - Elevado índice de absenteísmo
- D3 - Reduzido número de cursos realizados na DIRES
- D4 - Alto número de denúncias na imprensa no primeiro semestre de 1996.
- D5 - 90% dos inquéritos administrativos sem resolutividade.
- D6 - 95% dos cadastros funcionais desatualizados.

Dando prosseguimento ao momento explicativo do planejamento estratégico-situacional, foi construída a rede explicativa a partir da formulação dos descritores do problema e cuja organização se deu a partir da pergunta: "Quais as causas do problema?".

- Número insuficiente de recursos humanos
- 20% dos servidores desviados de função
- Falta de admissões de pessoal no serviço público
- Descrédito com o serviço público
- Inexistência de um serviço de apoio sócio-funcional
- Desestruturação do serviço público
- Número elevado de atestados médicos
- Descompromisso com o serviço público
- Baixos salários
- Estabilidade funcional
- Inexistência de P.C.C.S.

- 10% dos servidores alcoólatras
- Conflitos permanentes no ambiente de trabalho
- Funcionários se ausentam para resolver assuntos particulares
- Planejamento dos cursos ineficiente
- Seção de desenvolvimento de recursos humanos sem atuação
- Centralização das ações do Centro Formador
- Inexistência de dedicação exclusiva no serviço público
- Atendimento precário aos usuários
- Despreparo dos servidores
- Baixa resolutividades dos serviços internos
- Deficiência na assistência primária
- Equipamentos freqüentemente defeituosos
- Escassez de recursos financeiros
- Grande demanda no Pronto-Socorro
- Inexistência de educação permanente em serviço
- Morosidade no encaminhamento de denúncias administrativas
- Excesso de burocracia
- Assessoria jurídica centralizada
- Inexistência de um sistema de avaliação de desempenho
- Morosidade no fluxo de informações da seção de pessoal
- Baixa resolutividade do Sistema de Administração de pessoal
- Precário Sistema de Informações Gerenciais
- Ausência de informatização nas Unidades
- Falta de políticas explícitas de pessoal

Em seguida, a equipe de trabalho e supervisão trabalharam na montagem da rede explicativa, realizando correções e tornando-a mais aperfeiçoada e completa.

Concluída a Rede Explicativa, foi realizada a terceira oficina para identificação dos NÓS CRÍTICOS, que ficaram assim formalizados:

NC1 - Inexistência de um serviço de apoio sócio-funcional

NC2 - Implantação ineficiente de uma política sistemática de desenvolvimento de recursos humanos.

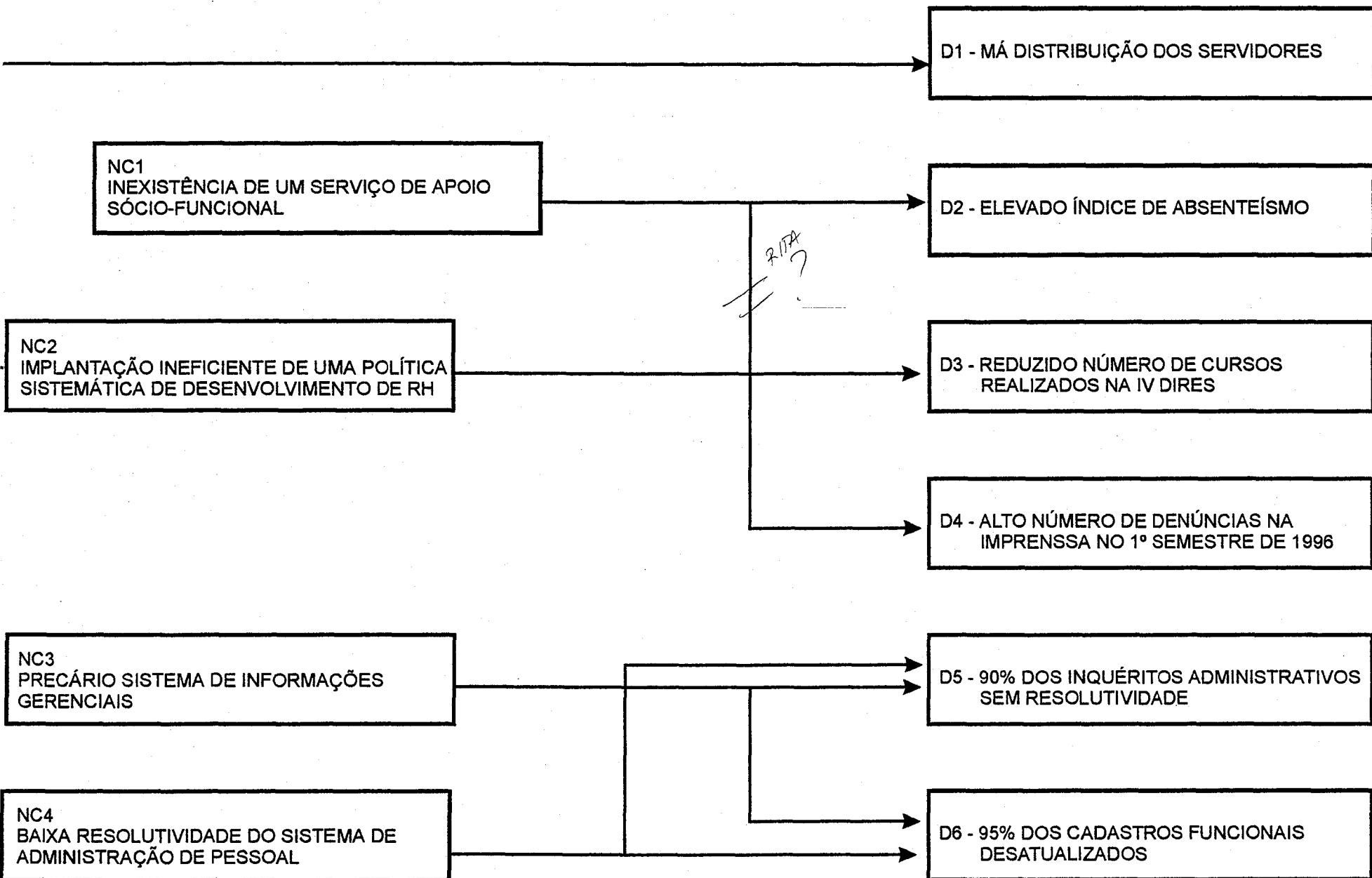
NC3 - Precário sistema de informações gerenciais.

NC4 - Baixa resolutividade do sistema de administração de pessoal.

A seguir, o grupo foi orientado para construir a árvore do problema e a matriz de exercício, onde os "nós críticos" apresentam-se como relevantes, uma vez que, se resolvidos, travam impacto considerável na melhoria da qualidade dos serviços de saúde oferecidos à população.

ÁRVORE DO PROBLEMA

POLÍTICA INADEQUADA DE RH



Com a realização da quarta e quinta oficinas chegou-se ao momento normativo que é caracterizado pelo desenho do plano, ou seja, a definição da direcionalidade do mesmo. O programa direcional expressa o conjunto de operações do plano que visa modificar as situações iniciais identificadas como problemas. As propostas (operações) foram divididas em ações e sub-ações, recursos foram avaliados, estabelecidos produtos, os resultados almejados e finalmente, a identificação dos atores sociais relevantes.

A etapa final do planejamento estratégico-situacional desenvolvido pela equipe do Núcleo de Recursos Humanos da DIRES foi o momento tático-operacional, onde foram trabalhados os seguintes formatos: 1- DESENHO DA SITUAÇÃO OBJETIVO; 2- ANÁLISE DA VULNERABILIDADE DO PLANO E DEFINIÇÃO DO CENÁRIO DE REFERÊNCIA; 3- MOTIVAÇÃO DOS ATORES EM FACE DAS OPERAÇÕES DO PLANO; 4- ESTRATÉGIAS UTILIZADAS; 5- CONSTRUINDO A TRAJETÓRIA ESTRATÉGICA E 6- MONITORIZAÇÃO E AVALIAÇÃO.

Na análise da Motivação dos Atores relevantes em face das operações do plano foi identificada uma ação conflitiva (levantar as causas de faltas, desvios de conduta, má adequação às funções, etc), sendo necessário traçar a trajetória estratégica para torná-la viável, ou seja, menos conflitiva. Será utilizada a persuasão em relação aos atores contrários (servidores). Como argumentação será mostrada a importância da estruturação de um serviço de apoio sócio-funcional, obtendo conseqüentemente redução de servidores alcoólatras, diminuição do absenteísmo, melhoria no desempenho funcional e na finalidade dos serviços prestados. Caso não haja resposta favorável será utilizada a negociação cooperativa. Espera-se que as estratégias utilizadas (persuasão e negociação cooperativa) favoreçam e ajudem na implantação do plano. As situações de confronto deverão ser evitadas, tentando-se a criação de novas estratégias.

PROGRAMA DIRECIONAL

NC1- INEXISTÊNCIA DE UM SERVIÇO DE APOIO SÓCIO-FUNCIONAL

OPERAÇÃO: ESTRUTURAR UM SERVIÇO DE APOIO SÓCIO-FUNCIONAL NA DIRES

SCRITORES	AÇÕES	SUB-AÇÕES	RECURSOS				PRODUTOS	RESULTADOS	RESPONSÁVEIS	TEMPO
			O	P	C	E				
Alto índice de problemas com dificuldades pessoais incidindo no desempenho funcional.	A1- Identificar os servidores alcoólatras.	- Promover reuniões entre o N.R.H. e os gerentes para identificar os servidores com problemas de alcoolismo.	++	++			Servidores alcoólatras identificados.	- Redução do número de servidores alcoólatras.	- Ana Barreto - Heloísa - Adilza - Andréa - Jarbas - Edla	01 ano
	A2- Levantar as causas de faltas, <u>desvios de conduta, má adequação às funções, etc.</u>	- Realizar entrevistas com os servidores. - Preparar mapeamento gráfico, por problema, com o quantitativo de servidores com dificuldades para desempenhar adequadamente suas funções.	++		+		Causas de faltas, desvios de conduta, má adequação às funções levantadas.	- Redução do absenteísmo.		
	A3- Formar equipe multiprofissional, para estruturar um <u>serviço de apoio sócio-funcional.</u>	- Promover reuniões com a Direção e técnicos da DIRES para definir os profissionais que irão atuar no serviço.			+++		Equipe multiprofissional formada.			

NC1- INEXISTÊNCIA DE UM SERVIÇO DE APOIO SÓCIO-FUNCIONAL
 OPERAÇÃO: ESTRUTURAR UM SERVIÇO DE APOIO SÓCIO-FUNCIONAL NA DIRES

CRITORES	AÇÕES	SUB-AÇÕES	RECURSOS				PRODUTOS	RESULTADOS	RESPONSÁVEIS	TEMPO
			O	P	C	E				
	A4- Capacitar os servidores que irão atuar no serviço. <i>sub. ação</i>	- Promover junto à Seção de Desenvolvimento de RH cursos específicos na área de Saúde Mental.	++		++	+++	- Cursos específicos na área de Saúde Mental realizados.			
	A5- Buscar assessoria junto à Divisão de Saúde Mental da SES para as ações que serão desenvolvidas pelo serviço.	- Planejar programa de saúde mental para as unidades - Articular com as Secretarias Municipais de Saúde a implantação de programa de Saúde Mental.	++	+++	++	+++	- Divisão de Saúde Mental da SES assessorando a Regional.			

NC1- INEXISTÊNCIA DE UM SERVIÇO DE APOIO SÓCIO-FUNCIONAL
OPERAÇÃO: ESTRUTURAR UM SERVIÇO DE APOIO SÓCIO-FUNCIONAL NA DIRES

SCRITORES	AÇÕES	SUB-AÇÕES	RECURSOS				PRODUTOS	RESULTADOS	RESPONSÁVEIS	TEMPO
			O	P	C	E				
	A6- Implantar nos hospitais regionais ambulatorios psicossociais para atendimento aos servidores.	<p>- Realizar oficinas e reuniões com os gestores e técnicos dos hospitais para informá-los e sensibilizá-los da importância do atendimento ambulatorial para os servidores-problema.</p> <p>- Promover contatos periódicos (conversas informais, entrevistas) com os gerentes e servidores problemáticos para avaliar sua evolução e adequação aos serviços.</p>	++	+++			- Ambulatórios psicossociais implantados.			

**NC1- INEXISTÊNCIA DE UM SERVIÇO DE APOIO SÓCIO-FUNCIONAL
 OPERAÇÃO: ESTRUTURAR UM SERVIÇO DE APOIO SÓCIO-FUNCIONAL NA DIRES**

CRITÉRIOS	AÇÕES	SUB-AÇÕES	RECURSOS				PRODUTOS	RESULTADOS	RESPONSÁVEIS	TEMPO
			O	P	C	E				
Elevado índice de absenteísmo	A7- Identificar as causas do absenteísmo.	<ul style="list-style-type: none"> - Levantar o quantitativo de faltas nas Seções de Pessoal. - Fazer planilha das faltas por setor e por nível. - Verificar as condições de trabalho a que os servidores estão submetidos. 	++	+++			- Causas do absenteísmo identificadas	- Redução do índice de absenteísmo.	<ul style="list-style-type: none"> - Miriam - Valdete - Iandy - Buizinha - Ana Barreto - Andréa 	Semestral
	A8- Criar mecanismos de estímulo à frequência.	<ul style="list-style-type: none"> - Realizar reuniões com os gerentes para identificar os servidores com melhor desempenho, contemplando-os com um percentual maior da produtividade. - Informar através de cartazes e serviço de som, os servidores que se destacam no desempenho funcional. 	+	+++			- Mecanismos de estímulo à frequência implementados.	<ul style="list-style-type: none"> - Melhor desempenho funcional. - Melhoria no atendimento aos usuários. 		

NC2- IMPLANTAÇÃO INEFICIENTE DE UMA POLÍTICA SISTEMÁTICA DE DESENVOLVIMENTO DE RH

OPERAÇÃO: GARANTIR UMA POLÍTICA DE DESENVOLVIMENTO DE RH A NÍVEL REGIONAL

ESCRITORES	AÇÕES	SUB-AÇÕES	RECURSOS				PRODUTOS	RESULTADOS	RESPONSÁVEIS	TEMPO
			O	P	C	E				
Seção de Desenvolvimento de RH atuação.	A1- Estruturar o Setor de Educação Continuada da Regional.	<ul style="list-style-type: none"> - Aumentar o nº de recursos humanos. - Realizar cursos para os servidores que irão atuar no Setor de Educação Continuada. 	++	+++		+++	- Setor de Educação Continuada estruturado na Regional.	<ul style="list-style-type: none"> - Servidores capacitados. <i>PRODUTO</i> - Melhoria na organização e funcionamento dos serviços. 	<ul style="list-style-type: none"> - Adilza - Andréa - Iandy - Ana Barreto 	06 meses
	A2- Planejar as ações do Setor de Educação Continuada da Regional.	<ul style="list-style-type: none"> - Levantar o quantitativo de servidores capacitados e sem capacitação. - Identificar os locais de atuação dos servidores capacitados. 	+++				- Ações do Setor de Educação Continuada planejadas na Regional.	<ul style="list-style-type: none"> - Melhoria na qualidade dos serviços oferecidos. 		

MUITO LONGE

NC2- IMPLANTAÇÃO INEFICIENTE DE UMA POLÍTICA SISTEMÁTICA DE DESENVOLVIMENTO DE RH
OPERAÇÃO: GARANTIR UMA POLÍTICA DE DESENVOLVIMENTO DE RH A NÍVEL REGIONAL

CRITORES	AÇÕES	SUB-AÇÕES	RECURSOS				PRODUTOS	RESULTADOS	RESPONSÁVEIS	TEMPO
			O	P	C	E				
	A3- Definir equipe de Instrutores	<ul style="list-style-type: none"> - Identificar os instrutores da Regional. - Promover em parceria com a SES, cursos de Capacitação Pedagógica para aumentar o número de instrutores. 	++	+++	++	+++	- Equipe de instrutores definida.			
Servidores não foram contemplados na implantação dos cursos.	A4- Descentralizar o planejamento dos cursos.	<ul style="list-style-type: none"> - Realizar oficinas com as coordenações da DIRES, Diretores e Gerentes das Unidades para levantar os cursos necessários - Articular parceria entre a Secretaria Estadual de Educação e os municípios. 	++	+++		+++	- Planejamento dos cursos descentralizados.	<ul style="list-style-type: none"> - Maior participação dos servidores nos cursos oferecidos. - Melhoria no desempenho funcional. 	<ul style="list-style-type: none"> - Heloísa - Andréa - Adilza - Iandy - Flora Raquel - Maria do Carmo - Ana Barreto 	01 ano

NC2- IMPLANTAÇÃO INEFICIENTE DE UMA POLÍTICA SISTEMÁTICA DE DESENVOLVIMENTO DE RH
OPERAÇÃO: GARANTIR UMA POLÍTICA DE DESENVOLVIMENTO DE RH A NÍVEL REGIONAL

ESCRITORES	AÇÕES	SUB-AÇÕES	RECURSOS				PRODUTOS	RESULTADOS	RESPONSÁVEIS	TEMPO
			O	P	C	E				
		<ul style="list-style-type: none"> - Enviar relatórios para o Nível Central com a <u>definição de prioridades de cursos</u> para Regional. - Buscar recursos financeiros para realizar os cursos necessários. 								
	A5- Criar critérios de supervisão e avaliação dos cursos, através da resolutividade dos serviços.		++	+++	+++	+++	- Critérios de supervisão e avaliação dos cursos criados.			

NC2- IMPLANTAÇÃO INEFICIENTE DE UMA POLÍTICA SISTEMÁTICA DE DESENVOLVIMENTO DE RH
OPERAÇÃO: GARANTIR UMA POLÍTICA DE DESENVOLVIMENTO DE RH A NÍVEL REGIONAL

CRITORES	AÇÕES	SUB-AÇÕES	RECURSOS				PRODUTOS	RESULTADOS	RESPONSÁVEIS	TEMPO
			O	P	C	E				
Políticas de RH definidas nos planos de municípios.	A6- Articular com as Secretarias Municipais de Saúde a criação de Núcleos de Recursos Humanos de acordo com a organização dos serviços.	<ul style="list-style-type: none"> - Identificar os municípios que estão em processo de municipalização. - Informar as Secretarias Municipais de Saúde, através de oficinas, a implantação de políticas de RH no SUS e os requisitos para implantação dos N.R.H. (recursos humanos, materiais e financeiros). - Iniciar com a equipe local o planejamento estratégico-situacional. 	++	+++	++	+++	Núcleos de RH implantados nos municípios.	<ul style="list-style-type: none"> - Desenvolvimento dos recursos humanos realizado a nível local. - Administração de Pessoal organizada e eficiente. - Gestores de RH atuantes. 	<ul style="list-style-type: none"> - Flora Raquel - Maria do Carmo - Adilza - Ana Barreto - Andréa - Heloísa 	01 ano

NC3- PRECÁRIO SISTEMA DE INFORMAÇÕES GERENCIAIS
OPERAÇÃO: ESTRUTURAR UM SISTEMA DE INFORMAÇÕES GERENCIAIS

DESCRITORES	AÇÕES	SUB-AÇÕES	RECURSOS				PRODUTOS	RESULTADOS	RESPONSÁVEIS	TEMPO
			O	P	C	E				
SIG - RHS atualizado	A1- Revitalizar permanentemente os dados do SIG-RHS	<ul style="list-style-type: none"> - Estabelecer como rotina de serviço das Seções de Pessoal a atualização dos dados do SIG-RHS. - Supervisionar bimestralmente, a atualização do SIG-RHS. 	+++		++		SIG-RHS atualizado.	- Sistema de informações utilizado como instrumento gerencial.	<ul style="list-style-type: none"> - Valdete - Jandy - Biuzinha - Mirian 	4 meses
Comunicação inadequada.	<p>A2- Estimular formas de planejamento junto aos setores/gestores.</p> <p>A3- Otimizar as informações entre os gerentes e servidores.</p>	<ul style="list-style-type: none"> - Definir metas e objetivos por setor. - Orientar a implantação da agenda dos gestores. - Estimular reuniões mensais entre as chefias e os servidores. - Utilizar quadro de avisos, por setor, para divulgar as ações e os resultados obtidos. 	+++	+++	++	++	<ul style="list-style-type: none"> - Planejamento adotado nas rotinas de serviço. - Comunicação entre os servidores e gerentes otimizada. 	<ul style="list-style-type: none"> - Melhoria na qualidade dos serviços oferecidos. - Melhor comunicação interna. 	<ul style="list-style-type: none"> - Ana Barreto - Andréa - Maria do Carmo - Edla - Jarbas 	01 ano

NC3- PRECÁRIO SISTEMA DE INFORMAÇÕES GERENCIAIS
OPERAÇÃO: ESTRUTURAR UM SISTEMA DE INFORMAÇÕES GERENCIAIS

ESCRITORES	AÇÕES	SUB-AÇÕES	RECURSOS				PRODUTOS	RESULTADOS	RESPONSÁVEIS	TEMPO
			O	P	C	E				
		- Promover oficinas de trabalho, seminários, para integrar os diversos níveis gerenciais.								
	A4- Formular programa de controle e avaliação das atividades executadas	- Promover reuniões mensais do NRH com as gerências. - Elaborar relatórios mensais das atividades desenvolvidas.	++		+++		- Programa de controle e avaliação das atividades formulado.	- Melhor desempenho gerencial.		
	A5- Preparar os gerentes para adotar a negociação coletiva.	- Realizar oficinas de trabalho com simulação de mesa de negociação.	++	+++	+++	++	- Gerentes preparados para utilizar a negociação coletiva.			

NC3- PRECÁRIO SISTEMA DE INFORMAÇÕES GERENCIAIS
 OPERAÇÃO: ESTRUTURAR UM SISTEMA DE INFORMAÇÕES GERENCIAIS

CRITORES	AÇÕES	SUB-AÇÕES	RECURSOS				PRODUTOS	RESULTADOS	RESPONSÁVEIS	TEMPO
			O	P	C	E				
existência de atização nas es	A6- Informatizar os processos de Administração de Pessoal.	- Solicitar aquisição de computadores. - Providenciar a rea- lização de cursos na área de informática - Solicitar a implan- tação de programas de computador que atenda as necessidades da Ad- ministração de Pessoal.		++		+++	- Processos de Administração de Pessoal informati- zados.	- Maior rapidez de informações. - Servidores melhor atendidos. - Melhoria na resolutividade dos serviços	- Flora - Adilza - Heloísa	02 anos

NC4- BAIXA RESOLUTIVIDADE DO SISTEMA DE ADMINISTRAÇÃO DE PESSOAL

OPERAÇÃO: ORGANIZAR O SISTEMA DE ADMINISTRAÇÃO DE PESSOAL

SCRITORES	AÇÕES	SUB-AÇÕES	RECURSOS				PRODUTOS	RESULTADOS	RESPONSÁVEIS	TEMPO
			O	P	C	E				
Desorganização Seções de al.	A1- Capacitar os servidores que atuam nas Seções de Pessoal.	<p>- Integrar as Seções de Pessoal com os Núcleos de RH, através de reuniões e oficinas de trabalho.</p> <p>- Promover oficinas de trabalho para integrar as ações de Administração de Pessoal do nível local com o nível central.</p> <p>- Viabilizar cursos de atualização em Administração de Pessoal.</p>	++	+++	++	++	- Servidores capacitados para atuarem no Setor.	- Sistema de Administração de Pessoal estruturado e resolutivo.	- Valdete - Mirian - Biuzinha - Adilza - Iandy	01 ano
	A2- Formalizar as atribuições das Seções de Administração de Pessoal.	- Informar aos Supervisores das Seções de Pessoal as leis e princípios que regem a Administração Pública.	+++		++		- Atribuições das Seções de Pessoal formalizadas.			

Desenho da Situação Objetivo

DESCRIÇÃO DOS NÓS CRÍTICOS	RESULTADOS INTERMEDIÁRIOS DE NÓS CRÍTICOS
NC1- Inexistência de um serviço de apoio sócio-funcional	Serviço de apoio sócio-funcional na IV DIRES implantado.
NC2- Implantação Ineficiente de uma política sistemática de desenvolvimento de RH.	Setor de Educação Continuada estruturado na Regional.
NC3- Precário sistema de informações gerenciais.	Informações entre os gerentes e servidores otimizadas.
NC4- Baixa Resolutividade do sistema de Administração de Pessoal.	Sistema de Administração de Pessoal Resolutivo.
DESCRIÇÃO DO PROBLEMA	RESULTADOS TERMINAIS DO PROBLEMA
D1- Má distribuição dos servidores.	Melhor distribuição dos servidores de acordo com a necessidade dos serviços.
D2- Elevado índice de absenteísmo.	Redução do índice de absenteísmo.
D3- Reduzido número de cursos realizados na IV DIRES.	80% dos cursos planejados e realizados pela DIRES.
D4- Alto número de denúncias na imprensa no 1º semestre de 1996.	Redução do número de denúncias em relação aos serviços prestados.
D5- 90% dos inquéritos administrativos sem resolutividade.	50% dos inquéritos administrativos solucionados.
D6- 95% dos cadastros funcionais desatualizados.	80% dos cadastros funcionais atualizados.

Análise da Vulnerabilidade do Plano e Definição do Cenário de Referência

Variantes Simples	NC1 - OP1	NC2 - OP1	NC3 - OP1	NC4 - OP1
Recursos Financeiros	X	X	X	X
Apoio dos Servidores	X	X		
Apoio Gerencial das diversas áreas	X	X	X	X
Apoio da Autoridade Superior	X	X	X	X

CENÁRIO CENTRAL

- Apoio da Diretoria Regional e Diretores dos Hospitais Regionais.
- Previsão do apoio de 50% dos Gerentes da DIRES e Unidades.
- Manutenção da resistência de 50% dos servidores às mudanças.
- Possibilidade de aumento do número de recursos humanos na Regional a partir do Concurso Público Estadual.
- Possibilidade de aquisição de computadores e *softwares* para área de Gestão de RH dos Hospitais Regionais.
- Permanência das dificuldades na utilização de transportes para a área de recursos humanos.
- Permanência da indefinição das prioridades para aplicação de Recursos Financeiros.
- Momento favorável para articulação com os novos Prefeitos e Secretários Municipais.
- Possível funcionamento dos Serviços do Núcleo e Centro de Atenção Psicossocial (NAPS/CAPS) da Secretaria de Saúde de Caruaru.

Motivação dos Atores em Face das Operações do Plano

ATORES	NC1- OP1	NC2- OP1	NC3- OP1	NC4- OP1
A1- Diretor da Regional	+	+	+	+
A2- Diretores dos Hospitais	+	+	+	+
A3- Prefeitos e Secretários Municipais	+	+	0	0
A4- Gerentes da DIRES	+	+	0	+
A5- Gerentes das Unidades	+	+	0	+
A6- Gerentes do Núcleo de RH da Regional	+	+	+	+
A7- Diretor de RH da SES	+	+	+	+
A8- Gerências do DEEC e desenvolvimento de RH	+	+	+	+
A9- Instrutores	+	+	0	0
A10- Membros da Bipartite Regional	+	+	+	0
A11- Sindicato dos Servidores da Saúde SINDSAÚDE	+	+	+	+
A12- Associação dos Trabalhadores do SUS	+	+	+	+
A13- Servidores	—	+	0	+
CS		*	*	*
CF	*			

Nota: CS = Concenso

CF = Conflito

+ = Motivação positiva

0 = Indiferença ou baixa motivação

— = Motivação contrária

Formato - 04 -

Estratégias Utilizadas

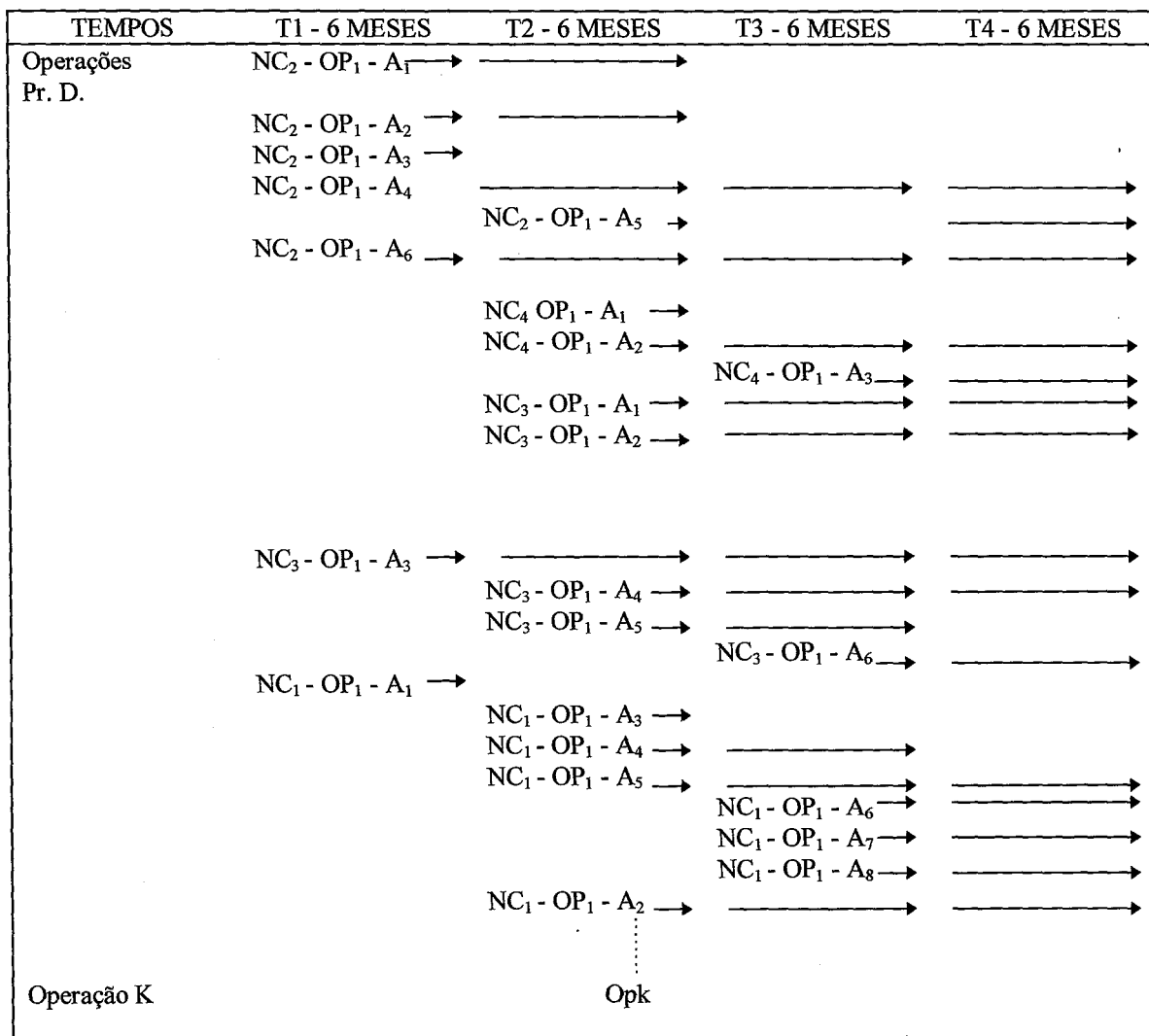
TEMPOS	T1 - 6 MESES	T2 - 6 MESES	T3 - 6 MESES	T4 - 6 MESES
Estratégias	Operações Conflitivas			
	NC1- Inexistência de um serviço de apoio sócio-funcional Operação: Estruturar um Serviço de Apoio Sócio-Funcional na DIRES			
	ATORES Servidores			
Autoridade				
Persuasão	X			
Negociação Cooperativa	X			
Negociação Conflitiva				
Conflito				

MATRIZ DE EXERCÍCIOS
NÓS CRÍTICOS x DESCRITORES

DESCRITORES						
NÓS CRÍTICOS	D ₁	D ₂	D ₃	D ₄	D ₅	D ₆
NC ₁		X		X		
NC ₂	X		X			
NC ₃					X	X
NC ₄					X	X

FORMATO 05

CONSTRUINDO A TRAJETÓRIA ESTRATÉGICA



FORMATO 06

MONITORIZAÇÃO E AVALIAÇÃO DO PLANO

VARIÁVEL MONITORADA	INDICADORES	FONTE DE VERIFICAÇÃO	PERIODICIDADE	INDICADOR/SITUAÇÃO DO DESCRITOR	TENDÊNCIA		
					-	+	=
Absenteísmo	Taxa de absenteísmo	Relatório de ocorrências de faltas do DP	Mensal	Aproximadamente 30%		+	
Distribuição de pessoal	Nº de servidores por setor	Escalas de serviço	Bimestral	Deficiência de aproximadamente 40% de R.H em alguns setores		+	
Tempo de tramitação dos processos administrativos	Média de dias de tramitação dos processos	Protocolo das unidades e da DIRES Análise dos despachos nos próprios documentos	Semestral	60 a 90 dias em tramitação pela saída da unidade de origem até a data da publicação		+	
Ações de educação continuada	Percentual de cursos realizados pela DIRES	Relatório dos cursos realizados	Semestral	80% dos cursos definidos pelo nível central		+	

Tendência: - Piora
+ Melhora
= Permanece nos mesmos patamares

CONCLUSÃO

Inicialmente, a equipe de trabalho composta por quatro servidores, sendo um servidor lotado na sede da Regional e três servidores lotados no Hospital Regional São Sebastião, tinham como objetivo estruturar o Núcleo de Recursos Humanos no referido hospital, a partir da participação no I CURSO DE ESPECIALIZAÇÃO EM PLANEJAMENTO E GESTÃO DE RH EM SAÚDE. No entanto, no decorrer do curso a coordenação técnica, na pessoa de Dra. Paulette, propôs que a equipe formasse o núcleo de RH da IV DIRES, voltando sua atenção para os problemas na área de recursos humanos que afetam os municípios que estão na jurisdição da Regional.

O desenvolvimento dos trabalhos de campo passou por algumas dificuldades, sobretudo na condução das oficinas, pela equipe, em razão de desconhecer a metodologia utilizada em planejamento estratégico-situacional. Houve, também, a questão da disponibilidade de tempo da equipe de trabalho, já que seus membros não foram afastados de suas atividades rotineiras, o que prejudicou o andamento dos trabalhos e sua finalização.

Com relação aos atores sociais que participaram das oficinas e ajudaram na construção do plano observou-se, no decorrer dos trabalhos, que alguns se mostraram estimulados, outros tiveram pouca atenção e uma pequena parcela não se envolveu com o processo de trabalho, mostrando-se apática e completamente desestimulada, apesar dos esforços da equipe em integrá-los aos demais.

A etapa final do curso em questão teve a participação apenas da equipe do núcleo de RH e dos supervisores. Houve uma apresentação prévia do trabalho, nos dias 28 E 29 de novembro/96, com o objetivo de realizar alterações para melhor adequar o planejamento das ações de RH dentro da realidade da Regional.

O desenvolvimento dos trabalhos em grupo e a elaboração do plano demonstraram, de forma clara e objetiva, a inadequada política de recursos humanos no SUS, desde a insuficiência de pessoal até o despreparo dos servidores, passando pela falta de apoio ao servidor, pelo precário sistema de informações entre dirigentes e demais supervisores e a baixa resolutividade nos processos na área de administração de pessoal.

O curso foi de grande importância para a formação da equipe que compõe o Núcleo de RH da IV Dires, uma vez que trouxe subsídios para o desenvolvimento das ações de RH a serem implantadas e implementadas nas Unidades, de acordo com a atual política instalada na SES/PE e os preceitos do SUS, que visam uma assistência mais efetiva e melhoria na qualidade dos serviços de saúde prestados aos usuários e que se constitui em direito básico do trabalhador do Sistema Único de Saúde e da população em geral.

BIBLIOGRAFIA

1. DELUIZ, Neise. Formação do Trabalhador no Contexto de Mudança Tecnológica. Boletim Técnico do SENAC, Rio de Janeiro, n° 14-25 Jan/Abr, 1994.
2. DUSSAULT, Gilles. A Gestão dos Serviços Públicos: características e exigências. In. Revista de Administração Pública, Rio de Janeiro, n° 26(2): 8-19 Abr/Jun, 1992.
3. FRIGOTTO, Gaudencio. Educação e Firmação Humana. Ajuste Neoconservador e alternativa democrática. In. Neoliberalismo, Qualidade Total e Educação Visões Críticas.
4. JUNQUEIRA, Luciano A. Prates. A Mudança Organizacional no Setor Público de Saúde: Delineamento de uma metodologia. Revista de Administração Pública, Rio de Janeiro, 26(2): 139-144, Abril/Junho, 1992.
5. LUZ, T. Model. Notas Sobre as Políticas de Saúde no Brasil de "Transição Democrática - anos 80. In. Physis - Revista de Saúde Coletiva, Vol. n° 1, 1991.
6. MARTINS, M. As organizações de saúde no contexto do SUS - Uma realidade em construção. Dissertação de Mestrado apresentado à ENSP/FIOCRUZ, 1994.
7. MÉDICE, A. C. e Silva, P.L. - A Administração Flexível: Uma Introdução às Novas Filosofias de Gestão. In. Desenvolvimento Gerencial de Unidades Básicas de Saúde, MS/FNS/OPAS, Brasília, 1995, pág. 267 a 278.

8. MEDICI, André et alli. Aspectos Conceituais e Metodológicos. In. O Mercado de Trabalho em Saúde no Brasil: estrutura e conjuntura, Textos de apoio, FIOCRUZ, Rio de Janeiro, 1992.
9. MIZUKAMI, Maria da Graça. N. Abordagens do Processo. EPU, São Paulo, 1986.
10. OFFE, Claus. Trabalho e Sociedade. Volume I - A Crise.
11. OLIVEIRA, Jaime A. - Reformas e Reformismos para uma teoria política de reforma sanitária (ou, Reflexões sobre a reforma sanitária ou uma Perspectiva popular) In. Demandas Populares, Políticas Públicas e Saúde, Vol. 1, Rio de Janeiro, Vozes/ABRASCO 1989, pág. 14-44.
12. SANTANA, J.P. - A Gestão de Trabalho nos Estabelecimentos de Saúde: Elementos para uma Proposta. In. Perspectivas para a gestão do trabalho no Sistema Único de Saúde - OPS/Representações do Brasil - Série Desenvolvimento de Recursos Humanos, nº 5, Brasília, 1994, pág. 125-136.
13. SINGER, Paul. Poder Político e Educação. Conferência de Abertura da Reunião Anual da ANPED, Caxambú, 1995.
14. Evolução da Rede Básica de Saúde no Município de Caruaru. Plano Municipal de Saúde de Caruaru, 1992.
15. VÍDEO: História das Políticas de Saúde no Brasil. São Paulo, Secretaria Municipal de Saúde de São Paulo, 1992.